

1 ינואר 2015

קווים מנחים לטיפול ואפיון מסגרות הטיפול בהפרעות אכילה בישראל.

במסמך זה מפורטות המלצות העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה, לטיפול ואפיון מסגרות הטיפול בהפרעות אכילה בישראל. מסמך זה מיועד לקבוע סטנדרטים וערכי סף לטיפול בהפרעות אכילה, בהתאם להנחיות בינלאומיות ומתוך מטרה להבטיח את איכות הטיפול.

בברכה
ד"ר וורגפט איציק
העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה.

תוכן:

פרק א' – ההפרעות והמצבים המטופלים במסגרות הטיפול בהפרעות אכילה.

פרק ב' – מטרות הטיפול בהפרעות האכילה.

פרק ג' - המלצות כלליות לטיפול בהפרעות אכילה.

פרק ד' – אפיון המסגרות השונות לטיפול בהפרעות אכילה.

פרק ה' – גורמי טיפול ומסגרות נוספות המיועדים להפרעות אכילה בישראל.

פרק א' – הפרעות והמצבים המטופלים במסגרות הטיפול בהפרעות אכילה.

ICD-10: F50 Anorexia nervosa נרבוזה אנוורקסיה: 1.

בשנים אחרונות אחוז הגברים הסובלים מאנוורקסיה נרבוזה הולך וגדל (25% מהסובלים מ AN הם גברים).

דרגת חומרה:

Mild: BMI > 17 kg/m²
Moderate: BMI 16-16.99 kg/m²
Severe: BMI 15-15.99 kg/m²
Extreme: BMI < 15 kg/m²

כולל:

1. אנוורקסיה נרבוזה מובהקת, AN ללא הפרעות נלוות.
2. אנוורקסיה נרבוזה מובהקת, AN עם הפרעות נלוות.

ICD-10: F50.2 Bulimia Nervosa בולימיה נרבוזה: 2.

דרגת חומרה:

Mild: An average of 1-3 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.
Moderate: An average of 4-7 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.
Severe: An average of 8-13 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.
Extreme: An average of 14 or more episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

כולל:

1. בולימיה נרבוזה מובהקת, BN ללא הפרעות נלוות.
2. בולימיה נרבוזה מובהקת, BN עם הפרעות נלוות.

ICD-10: F50.8 Binge-Eating Disorder הפרעת אכילה התקפית: 3.

דרגת חומרה:

Mild: 1-3 binge-eating episodes per week.
Moderate: 4-7 binge-eating episodes per week.
Severe: 8-13 binge-eating episodes per week.
Extreme: 14 or more binge-eating episodes per week.

כולל:

1. הפרעת אכילה התקפית, BED ללא הפרעות נלוות.
2. הפרעת אכילה התקפית, BED עם הפרעות נלוות.

ICD-10: F50.8 ARFID הפרעה של צמצום / הימנעות או בררנות באכילה: 3.
Avoidant / Restrictive Food Intake Disorder

ICD-10: F50.9 Unspecified Feeding or Eating Disorder הפרעת אכילה בלתי ספציפית: 4.

פרק ב' - מטרות הטיפול בהפרעות אכילה.

1. טיפול במצבים נפשיים וגופניים המהווים סיכון חיים מיידים.
2. החזרת המטופל/ת למשקל בריא בהתאם לנתוני גיל, מין, נתונים גנטיים והתפתחותיים.
3. החלמה והטמעת הרגלי חיים (אכילה, פעילות גופנית וכד') בריאים ומאוזנים.
4. הפחתה או הפסקה של סימפטומים נפשיים התנהגויות הקשורות בהפרעות אכילה.
5. החלמה גופנית וייצוב המצב הגופני בעקבות הסיבוכים הגופניים שנגרמו עקב הפרעת האכילה.
6. טיפול בתחלואה הנלווה להפרעות אכילה.
7. הפחתה או מניעה של התלקחויות חוזרות של הפרעת האכילה.

פרק ג' - עקרונות (המלצות כלליות) לטיפול בהפרעות אכילה.

1. איתור והפנייה מוקדמת ככל האפשר - ילדים, בני נוער ומבוגרים, לגביהם עולה חשד ע"י רופא המשפחה או רופא הילדים כי הם סובלים מהפרעות אכילה יופנו להערכה וטיפול במסגרת מתאימה בהקדם האפשרי. עד העברת האחריות הטיפולית למסגרת המטפלת, יהיו רופא המשפחה או רופא הילדים אחראיים למעקב וניטור אחר מצבי סיכון גופני ו/או נפשי.
2. גיבוש ממשקים להעברת מידע ולשיתופי פעולה בין גורמים בקהילה (liaison) למרכזים המטפלים בהפרעות אכילה במצבי חשד לקיום הפרעות אכילה.
3. טיפול כוללני במסגרת רב מקצועית - הערכה וטיפול בילדים, בני נוער ומבוגרים הסובלים מהפרעות אכילה יהיו רב מקצועיים ויכללו התייחסות למרכיבים תזונתיים, גופניים, פסיכיאטריים, קוגניטיביים, רגשיים, משפחתיים ופסיכו סוציאליים. הטיפול בהפרעות אכילה יבוצע במרכזים רב מקצועיים הכוללים אנשי צוות מיומנים מהמקצועות השונים כולל לפחות רפואה כללית, פסיכיאטריה, תזונה, פסיכולוגיה ועבודה סוציאלית, המקיימים ביניהם תקשורת רצופה ושייכות תאום, הערכה ומעקב סדירות.
4. שימוש במגוון טכניקות טיפוליות -
 1. טיפולים תזונתיים,
 2. טיפולים תרופתיים,
 3. טיפולים קבוצתיים,
 4. הדרכת הורים,
 5. טיפולים משפחתיים (חובה בילדים ונוער),
 6. טיפולים בהבעה ויצירה,
 7. פסיכותרפיה מתוך מגוון שיטות:
 - a. טיפולים פסיכודינמיים
 - b. טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT).
 - c. טיפול דיאלקטי התנהגותי (DBT).
 - d. טיפול אינטר-פרסונאלי (IPT).
 - e. טיפול מוטיבציוני.
 - f. FBT במסגרת לטיפול בילדים ובנוער.
5. בניית תכנית טיפול ושיקום פרטנית ומותאמת למטופל - התאמת מסגרת הטיפול ומערך הטיפולים למצב הגופני והנפשי של המטופל, לאישיותו ולרקע התרבותי שלו.
6. הבטחת רצף טיפולי וחוויית מטופל של one stop shop - ישנה עדיפות מובהקת לטיפול במרכזים משולבים, המאפשרים רצף טיפולי בין דרגות הטיפול השונות וכוללות טיפול מרפאתי, טיפול יום ואשפוז מלא (או לפחות שתיים מתוכם). מרכזים פריפריים ללא רצף טיפולי יצרו שיתוף פעולה עם מרכזים כוללניים להפרעות אכילה כדי לספק רצף טיפולי.

7. ישנה העדפה לטיפול במסגרות כלליות ולא מסגרות פסיכיאטריות כל עוד הדבר ניתן מבחינת מצב המטופל/ת והתחלואה הנלוות.
8. הכרה כי מתן מידע מקיף והדרכה פסיכו-חינוכית אודות ההפרעה, הסיכונים והטיפולים האפשריים למטופל, ובמקרה של ילדים ובני נוער – גם להוריהם, הוא מרכיב חיוני בטיפול.
9. הכרה כי התערבות משפחתית והתייחסות לגורמים הסביבתיים, במיוחד בילדים ובני נוער הינה מרכזית לתהליך ההחלמה.
10. הכרה בחשיבות הטיפול המוכוון לשינוי במאפיינים קוגניטיביים ובדרכי החשיבה המעודדים התפתחות של הפרעות אכילה.
11. הכרה בחשיבות הטיפול במרכיבים הרגשיים, גורמי הדחק והמצוקה הנפשית הנמצאים בבסיס הפרעת האכילה.
12. שיקום- עידוד וסיוע בהחזרת תפקוד אישי, חברתי, אקדמי ותעסוקתי נורמטיביים.
13. במסגרות לטיפול בהפרעות אכילה יכובדו : כל סוגי האוכלוסייה (רקע דתי, תרבותי ומגדרי).
14. בכל מסגרת נדרשת הפרדה בין מרחבי הטיפול בקטנים לבין מבוגרים. אם זאת, ע"פ המלצת משרד הבריאות ניתן לכלול במחלקת נוער מטופלים עד גיל 21.
15. ניטור מתמיד של מצבי סיכון גופני ו/או נפשי- הערכה וניטור של ילדים, בני נוער ומבוגרים הסובלים מהפרעות אכילה ונמצאים בטיפול תכלול התייחסות רציפה לנושאים של מצבי סיכון גופני ו/או נפשי והתפתחות הפרעות נלוות.
16. בתום טיפול במסגרת טיפול אינטנסיבית (אשפוז מלא, אשפוז יום או טיפול יום) – מעקב מרפאתי, טיפול פסיכולוגי וטיפול מונע יימשכו עוד שנה לפחות.
17. במסגרת הטיפול מתקיימים נהלי עבודה מקובלים, ובתוכם:
 1. נוהל קבלת מטופל ואיסוף מידע רחב,
 2. נוהל לבניית תכנית טיפול מותאמת,
 3. מעקב רפואי רצוף,
 4. ישיבות צוות,
 5. הדרכות.
 6. קיום קשר עם גורמים בקהילה כולל גורמי רפואה, חינוך ורווחה, ע"פ הצורך, ובכפוף לחוקי הסודיות הרפואית.
 7. אחריות המסגרת להבטחת רציפות טיפול
 8. קביעת מנהל מקרה (case manager) לכל מטופל.
 9. קביעת כללים להתמודדות עם סיור להמשיך טיפול, שיתוף פעולה חלקי- תוך התייחסות הן למצבים המחייבים טיפול כפי על פי חוק והן לגבי מצבים שאינם מסכני חיים.
18. המסגרת הטיפולית שומרת על כללי האתיקה המקצועית ובתוכם: על מסגרת הטיפול להעניק טיפול מיטבי למטופליה, מתוך שמירה על כבוד המטופל, שמירה על זכויותיו למידע ובחירה, שמירה על חיסיון המידע והימנעות מכל טכניקה טיפולית שיש בה משום פגיעה בכבודו או חירותו של המטופל, למעט באותם מקרים בהם הטיפול מיועד למנוע נזק מהמטופל ונעשה ע"פ חוק.

שלבבי האיתור, הטיפול, השיקום:

- 3.2.1 זיהוי וסינון מוקדם במערכת טיפול רפואיות ראשוניות. על רופא המשפחה/ רופא הילדים לקבל הדרכה מצוות מומחה להפרעות אכילה, לזיהוי מוקדם של הפרעות אכילה והפניה לגורמים טיפוליים שונים, במידת הצורך. במסגרת הרפורמה, שיחתי ליאזון קהילתיים של בריאות הנפש, יכולים לתפקד כ"מסנן" ראשוני.
- 3.2.2 התערבות מוקדמת ותיאום טיפול במערכות טיפול רפואיות ראשוניות.
- 3.2.3 הפנייה למסגרות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה.
- 3.2.4 הליך האבחון המקיף
- 3.2.5 הליך הטיפול האמבולטורי (מרפאה; טיפול יום)
- 3.2.6 הליך הטיפול האשפוזי.
- 3.2.7 הליך השיקום וניהול הפרעת האכילה.

הערה: העמותה הישראלית לטיפול בהפרעות אכילה תוכל להכין הנחיות עבור רופא הילדים / רופא המשפחה לאיתור, סינון והתערבויות ראשוניות במקרים של חשד להפרעת אכילה.

פרק ד' – אפיון המסגרות השונות לטיפול בהפרעות אכילה.

1. מרפאה רב מקצועית להפרעות אכילה.

הגדרה: מרפאה המספקת שיחתי אבחון, טיפול ראשוני ומעקב אמבולטוריים לסובלים מהפרעת אכילה, ולבני משפחותיהם.

אוכלוסיית היעד:

1. מטופלים הסובלים מהפרעות אכילה אשר:
 - א. מצבם הגופני והנפשי אינו מחייב השגחה רפואית רצופה באשפוז.
 - ב. משקלם בד"כ גבוה מ - BMI 16 (או גבוה מ - BMI 15, מתחת גיל 15).
 - ג. אינם סובלים מהפרעות נלוות מסכנות חיים (כגון אובדנות).
 - ד. להם או להוריהם מוטיבציה (ויכולת שיתוף פעולה) סבירה לטיפול.
 - ה. להם או להוריהם יכולת שליטה מסוימת בהתנהגויות הפוגעות בטיפול – בולמוסים, שימוש במשלשלים, פעילות גופנית מאומצת.
 - ו. מתגוררים בסביבה שאינה מוקד דחק מג'ורי כשלעצמה.
 - ז. נגישות – קרבה גיאוגרפית סבירה למרפאה.
2. מטופלים הנמצאים בהפוגה או תהליך החלמה מההפרעה וזקוקים למעקב.

צוות המרפאה יכלול:

- א. פסיכיאטריה - פסיכיאטר ילדים ונוער.
- ב. רפואה כללית – איש צוות סיעודי, ו / או רופא (ילדים, משפחה או רופא פנימי) או נגישות לייעוץ רופא ילדים או פנימי.
- ג. תזונה – תזונאית קלינית מיומנת בהפרעות אכילה.
- ד. פסיכולוגים.
- ה. עובדים סוציאליים.
- ו. מטפלים בהבעה ויצירה.

דרישות מיוחדות לצוות מרפאת קטינים:

- ז. על הפסיכיאטר להיות פסיכיאטר ילדים ונוער
- ח. על החפא להיות רופא ילדים או שתהיה נגישות לייעוץ חפא ילדים.
- ט. ישנה חשיבות גדולה שלפחות אחד מהמטפלים בצוות יהיה מוסמך בטיפול משפחתי ע"י האגודה לטיפול משפחתי.

משך הטיפול:

משך הטיפול יוגדר על ידי הגורם המטפל. במידה של מחלוקת בין הגורם המטפל וקופת החולים יכריע משרד הבריאות.

מבנה והרכב הטיפול המומלץ:

השלב החריף:

הטיפול בשלב החריף יימשך כל עוד המצב הקליני מחייב טיפול. יש להדגיש כי בטיפול בהפרעות אכילה, המאופיינות במהלך עיקש ולעיתים קרובות כרוני, הפנמה של תהליכי הטיפול נמשכת לפחות 6-12 חודשים. כמו כן, קצב העלייה במשקל המומלץ במטופלות הסובלות מאנורקסיה נרוזה אינו עולה על 0.5 ק"ג בשבוע. במהלך השלב החריף יגיעו המטופלים ליום מרוכז בשבוע בו יינתנו 3-4 טיפולים. המרפאות יתחייבו שלא לבצע מעבר ל - 4 מגעים בשבוע.

פירוט.	מרכיב הטיפול.
טיפול פסיכיאטרי אחת ל 4-6 שבועות, בתלות במצב הנפשי.	פסיכיאטרי.
מעקב רופא ילדים או רופא משפחה (בקהילה) וקבלת בדיקות מעבדה חיוניות.	רפואי.
טיפול / פגישת הדרכה אחת לשבוע.	תזונתי.
פגישה טיפולית אחת לשבוע.	טיפול פסיכו-תרפויטי פרטני.
במרפאות נוער - פגישה אחת לשבועיים. במרפאות מבוגרים - פגישה משפחתית אחת לחודש.	טיפול משפחתי / הדרכת הורים.
פגישה קבוצתית אחת לשבוע באחת ממגוון השיטות המקובלות. טיפול קבוצתי יימשך לפחות 24 פגישות.	טיפול קבוצתי.
פגישה קבוצתית אחת לשבוע באחת ממגוון השיטות המקובלות. טיפול קבוצתי להורים יימשך לפחות 16 פגישות.	טיפול קבוצתי להורים. (נוער).
לפחות אחת בשלושה חודשים. (לגבי כל מטופל/ת בנפרד תתקיים ישיבת המעקב, בה יציג כל מטפל את ההתקדמות ואת הקשיים בטיפול מזווית מקצועית ויוחלט על תכנית הטיפול המעודכנת לחודשים הקרובים).	ישיבת מעקב תקופתית.
לפי צורך ולא פחות מפעם בשלושה חודשים.	ייעוץ לגורמי קהילה.
ישנה חשיבות גדולה למנות לכל מטופל/ת מנהל מקרה / מתאם טיפול.	

השלב המתמשך:

הטיפול בשלב המתמשך מכוון למטופלים לאחר התייצבות במצבם או לאחר שחרור מאשפוז במחלקה לטיפול בהפרעות אכילה. הטיפול גם מיועד למטופלים הסובלים ממחלה מתמשכת. טיפול בשלב המתמשך יימשך לא פחות משנה וכל עוד המצב הקליני מחייב טיפול.

פירוט.	מרכיב הטיפול.
טיפול פסיכיאטרי אחת לשלושה חודשים, בתלות במצב הנפשי.	פסיכיאטר.
מעקב רופא ילדים או רופא משפחה (בקהילה) וקבלת בדיקות מעבדה חיוניות.	רפואי.
טיפול / פגישת הדרכה אחת לחודש.	תזונתי.
פגישה טיפולית אחת לשבוע.	טיפול פסיכו-תרפויטי פרטני.
פגישה אחת לחודש.	טיפול משפחתי / הדרכת הורים.
טיפול קבוצתי בשלב המתמשך יימשך לפחות 12 פגישות בשנה.	טיפול קבוצתי.
טיפול קבוצתי למשפחות / הורים בשלב המתמשך יימשך לפחות 8 פגישות בשנה.	טיפול קבוצתי להורים. (נוער).
לפחות אחת בשישה חודשים. (לגבי כל מטופל/ת בנפרד תתקיים ישיבת המעקב, בה יציג כל מטפל את ההתקדמות ואת הקשיים בטיפול מזווית מקצועית ויוחלט על תכנית הטיפול המעודכנת לחודשים הקרובים).	ישיבת מעקב תקופתית.
לפי צורך.	ייעוץ לגורמי קהילה.

2. טיפול יום / אשפוז יום בהפרעות אכילה.

הגדרה: מסגרת טיפול יומית אמבולטורית אינטנסיבית, ללא לינה, המספקת שירותי אבחון וטיפול למבוגרים או לקטינים הסובלים מהפרעת אכילה הנמצאים במצב לא מאוזן ונדרש טיפול אינטנסיבי כדי למנוע אשפוז.

טיפול יום לקטינים יכלול כ 90 עד 180 ימי טיפול.
טיפול יום למבוגרים יכלול כ 60 עד 120 ימי טיפול.

אשפוז יום:

מסגרת טיפולית יומית אינטנסיבית, ללא לינה, למאושפזים, כשלב ביניים לקראת שחרורם מאשפוז (half way out).

אוכלוסיית היעד:

1. מטופלים הסובלים מהפרעות אכילה אשר:
 - א. מצבם הגופני אינו מחייב השגחה רפואית רצופה באשפוז.
 - ב. משקלם בד"כ גבוה מ - BMI 15 (או גבוה מ - BMI 14, מתחת גיל 15).
 - ג. אינם סובלים מהפרעות נלוות מסכנות חיים (כגון אובדנות).

- ד. להם או להוריהם מוטיבציה (ויכולת שיתוף פעולה) סבירה לטיפול.
- ה. מתגוררים בסביבה שאינה מוקד דחק מג'ורי כשלעצמה.
- ו. נגישות – קרבה גיאוגרפית סבירה למרפאה.

מטופלים הסובלים מאחת מהפרעות האכילה המצוינות בפרק א', ואשר:

1. במסגרת הטיפול המרפאתי לא מצליחים לייצב את מצבם וכי יש חשש שייקקו לאשפוז אם המצב לא ייציב בהקדם.
2. אין התקדמות במסגרת אמבולטורית מרפאתית.
3. מצבם אינו מחייב השגחה רפואית רצופה באשפוז עקב מצב מסכן חיים גופני ו/או נפשי, ובכלל זה אובדנות.

בנוסף תינתן עדיפות למי ש:

1. שמתגורר בקרבה גיאוגרפית סבירה למרכז לטיפול יום.
- מתגוררים בסביבה שאינה מוקד דחק מג'ורי כשלעצמה.

צוות היחידה יכלול:

- פסיכיאטר ילדים ונוער.
- רפואה כללית – איש צוות סיעודי, ו / או רופא (ילדים, משפחה או חפא פנימי) או נגישות לייעוץ רופא ילדים או פנימי.
- תזונאית קלינית מיומנת בהפרעות אכילה.
- פסיכולוגים.
- עובדים סוציאליים.
- מטפלים בהבעה ויצירה.
- ישנה חשיבות גדולה שלפחות אחד מהמטפלים בצוות יהיה מוסמך בטיפול משפחתי ע"י האגודה לטיפול משפחתי.

יחידה טיפול יום בקטינים תקבל גיבוי ממשרד החינוך הכולל:

1. מחנכות.
2. מורות מקצועיות.
3. חינוך גופני.
4. מטפלים בהבעה ויצירה.
5. הסעות ע"פ חוק החינוך המיוחד.

מבנה והרכב הטיפול המומלץ:

- טיפול יום יינתן לפחות 3-5 פעמים בשבוע למשך 5 שעות בכל יום,
- אך אפשר שטיפול יום יינתן 1-2 פעמים בשבוע במסגרת תכנית אישית המותאמת למטופל/ת בשלבים מתקדמים של הטיפול.
- הטיפול במסגרת טיפול יום / אשפוז יום יימשך כל עוד המצב הקליני מחייב טיפול במסגרת זו.

פירוט.	מרכיב הטיפול.
טיפול פסיכיאטרי אחת לשבועיים, בתלות במצב הנפשי.	פסיכיאטרי.
מעקב סיעודי יתבצע בכל יום ביקור.	סיעודי.
ארוחה בהשגחה תתקיים לפחות פעם אחת ביום טיפול, למעט בשלב המעקב בו המטופלים מגיעים ליום טיפול בשבוע.	ארוחות טיפוליות.
מעקב רפואי ונגישות ליועצים מקצועיים ובדיקות עזר בתחומי הקרדיולוגיה, גסטרואנטרולוגיה ואנדוקרינולוגיה.	רפואי.
טיפול / פגישת הדרכה אחת לשבוע.	תזונתי.
פגישה טיפולית פעמיים בשבוע.	טיפול פסיכו-תרפויטי פרטני.
בטיפול יום לנוער - פגישה אחת לשבועיים. בטיפול יום מבוגרים - פגישה משפחתית אחת לחודש.	טיפול משפחתי / הדרכת הורים.
פגישה קבוצתית פעמיים בשבוע באחת או יותר ממגוון השיטות המקובלות.	טיפול קבוצתי.
פגישה קבוצתית אחת לשבוע באחת ממגוון השיטות המקובלות. טיפול קבוצתי להורים יימשך לפחות 16 פגישות.	טיפול קבוצתי להורים. (נוער).
דיון צוות אחת לשבוע ופגישת מעקב לפחות אחת בשלושה חודשים.	ישיבת מעקב תקופתית.
לפי צורך ולא פחות מפעם בשלושה חודשים. (לגבי כל מטופל/ת בנפרד תתקיים ישיבת המעקב, בה יציג כל מטפל את ההתקדמות ואת הקשיים בטיפול מזווית מקצועית ויוחלט על תכנית הטיפול המעודכנת לחודשים הקרובים).	ייעוץ לגורמי קהילה.
ישנה חשיבות גדולה למנות לכל מטופל/ת מנהל מקרה / מתאם טיפול.	

2. מחלקה אשפוזית לטיפול בהפרעות אכילה.

הגדרה: מסגרת טיפול אשפוזית, המספקת שירותי טיפול לסובלים מהפרעת אכילה הנמצאים במצב גופני ו/או נפשי לא מאוזן ומסכן חיים ונדרשים לטיפול ולהשגחה רפואית רצופה, ובכלל זה גם אפשרות ל"טיפול מוגבר" (טיפול אינטנסיבי ברמה הקרובה לטיפול נמרץ, אך פחותה ממנו).

אוכלוסיית היעד: מטופלים הסובלים מהפרעות אכילה אשר:

1. מצבם הגופני ירוד ומחייב השגחה רפואית רצופה באשפוז.
2. משקלם בד"כ נמוך מ - BMI 15, או שישנה ירידה מהירה במשקל.
3. סובלים מהפרעות נלוות קשות או מסכנות חיים (כגון אובדנות).
4. זקוקים להשגחה רציפה למניעת התנהגויות הפוגעות בטיפול - בולמוסים, הקאות, שימוש במשלשלים, התעמלות מאומצת.
5. אשר מצבם התדרדר או לא השתפר בטיפול אמבולטורי.

מטופלים הסובלים מהפרעות אכילה אשר:

1. מצבם מחייב השגחה רפואית רצופה באשפוז עקב מצב מסכן חיים גופני ו/או נפשי.
2. נדרש ניטור ופיקוח צמוד למניעת התנהגויות הפוגעות בטיפול - כדוגמה: בולמוסים, הקאות, שימוש במשלשלים, התעמלות מאומצת, אשר הטיפול האמבולטורי לא הצליח בייצובו.
3. חוסר התקדמות בטיפול אמבולטורי מרפאתי/טיפול יום.

מטופלים אשר פסיכיאטר מחוזי או בית משפט החליט כי בשל הסיכון הממשי לחייהם נדרש אשפוז כפוי, על אף התנגדותם/התנגדות האפוטחפוס שלהם לאשפוז.

צוות המחלקה יכלול:

- א. פסיכיאטר ילדים ונוער.
- ב. רפואה כללית – צוות סיעודי, חפא ילדים או נגישות לייעוץ רופא ילדים.
- ג. תזונאית קלינית מיומנת בהפרעות אכילה.
- ד. פסיכולוגים.
- ה. עובדים סוציאליים.
- ו. מטפלים בהבעה ויצירה.
- ז. ישנה חשיבות גדולה שלפחות אחד מהמטפלים בצוות יהיה מוסמך בטיפול משפחתי ע"י האגודה לטיפול משפחתי.

מבנה והרכב הטיפול המומלץ:

הטיפול במחלקת אשפוז יימשך כל עוד המצב הקליני מחייב טיפול במסגרת זו. יש להדגיש כי בטיפול בהפרעות אכילה, המאופיינות במהלך עיקש ולעיתים קרובות כרוני, הפנמה של תהליכי הטיפול נמשכת לפחות 6 חודשים. כמו כן, קצב העלייה במשקל המומלץ במטופלות הסובלות מאנורקסיה נרבוזה אינו עולה על 0.5 ק"ג בשבוע, ונדרשים עוד לפחות שבועיים – שלושה אשפוז לאחר הגעה למשקל היעד.

פירוט	מרכיב הטיפול
טיפול פסיכיאטרי אחת לשבוע, בתלות במצב הנפשי.	פסיכיאטר.
מעקב סיעודי יתבצע בכל יום.	סיעודי.
ארוחה בהשגחה תתקיים לפחות 3 פעמים ביום.	ארוחות טיפוליות.
מעקב רפואי ונגישות ליועצים מקצועיים ובדיקות עזר בתחומי הקרדיולוגיה, גסטרואנטרולוגיה ואנדוקרינולוגיה.	רפואי.
טיפול / פגישת הדרכה אחת לשבוע.	תזונתי.
פגישה טיפולית פעמיים בשבוע.	טיפול פסיכו-תרפויטי פרטני.
באשפוז לנוער - פגישה אחת לשבועיים. באשפוז מבוגרים – פגישה משפחתית אחת לחודש.	טיפול משפחתי / הדרכת הורים.
פגישה קבוצתית פעמיים בשבוע באחת או יותר ממגוון השיטות המקובלות.	טיפול קבוצתי.
פגישה קבוצתית אחת לשבוע באחת ממגוון השיטות המקובלות. טיפול קבוצתי להורים יימשך לפחות 16 פגישות.	טיפול קבוצתי להורים. (נוער).
דיון צוות אחת לשבוע ופגישת מעקב לפחות אחת בשלושה חודשים. (לגבי כל מטופל/ת בנפרד תתקיים ישיבת המעקב, בה יציג כל מטפל את ההתקדמות ואת הקשיים בטיפול מזווית מקצועית ויוחלט על תכנית הטיפול המועדכנת לחודשים הקרובים).	ישיבת מעקב תקופתית.
לפי צורך.	ייעוץ לגורמי קהילה.
ישנה חשיבות גדולה למנות לכל מטופל/ת מנהל מקרה / מתאם טיפול.	

יחידה זו תקבל גיבוי ממשדד החינוך הכולל:

1. מחנכות.
2. מורות מקצועיות.
3. חינוך גופני.
4. מטפלים בהבעה ויצירה.

העחת:

1. העמותה ממליצה כי 10% מכלל המיטות לאשפוז מלא ייעודי יוקצו למחלקה המקיימת תשתיות, כוח אדם ונהלים לצורך אשפוז בכפייה, ע"פ חוק הנוער – טיפול והשגחה.
2. העמותה ממליצה כי 10% מכלל המיטות לאשפוז מלא ייעודי במבוגרים יוקצו למחלקה המקיימת תשתיות, כוח אדם והכשרה מקצועית לצורך טיפול נמרץ במבוגרים הנמצאים במצב גופני קשה בגין סיבוכים שנגרמו ע"י הפרעת האכילה ויש צורך להמשיך במקביל טיפול נמרץ וטיפול בהפרעת האכילה.
3. היחידה תהיה מצוידת ומיומנת בטיפול במצבי הזנה מחדש Refeeding.

4. מרכז משולב (אמבולטורי ואשפוזי) לטיפול בהפרעות אכילה.

הגדרה: מרכז רב מקצועי בבית חולים כללי הכולל את שלושת סוגי המסגרות הייעודיות ברצף הטיפול בהפרעות אכילה- מרפאה, טיפול יום ומחלקה אשפוזית.

5. הוסטל (בית) שיקומי לנפגעי הפרעות אכילה.

הגדרה: דוור שיקומי מתוגבר לנפגעי הפרעות אכילה.

מטרות:

1. מטופלים לאחר אשפוז במחלקות לטיפול בהפרעות אכילה, ו/או במהלך טיפול מרפאתי, אשר נמצאים בשלבי החלמה שונים ובעלי מוטיבציה לשיקום.
2. מטופלים אשר מתקשים ביצירת מסגרת חיים נורמטיבית ועצמאית בקהילה בכוחות עצמם, וזקוקים לתמיכה ולליווי מקצועי בעת הלמידה מחדש של כישורי חיים והשתלבות החברתית והתעסוקתית.

גודל היחידה:

עד 14 מטופלים.

גורמי טיפול:

1. פסיכיאטר.
2. רופאי מתבגרים / משפחה.
3. תזונאית קלינית.
4. פסיכולוגים.

- 5. עובדים סוציאליים.
- 6. מטפלים בהבעה ויצירה.
- 7. אחיות.
- 8. עובדי שיקום.
- 9. מדריכים.

דרכי טיפול:

- 1. בית המאפשר קיום סדר יום נורמטיבי, השגחה ונוכחות של מדריכים.
- 2. הפעלת תכניות שיקום אישיות, כולל השתלבות בעבודה מוגנת / חופשית, השלמת לימודים, השתלבות במסגרות חברתיות.
- 3. מעקב פסיכיאטרי.
- 4. טיפול תרופתי.
- 5. מעקב גופני.
- טיפול קבוצתי.

נספח מס' 1: תנאי סף לעבודה של מרפאה רב מקצועית / מחלקה לטיפול בהפרעות אכילה.

ההנחיות המפורטות מטה הן מבחינת עמדת העמותה הישראלית לטיפול בהפרעות אכילה באשר למאפיינים הכלליים של מסגרת טיפולית מיטבית לטיפול בהפרעות אכילה.

1. המסגרת הטיפולית היא רב מקצועית, וכוללת מטפלים ממגוון תחומים ובתוכם

לפחות:

- תזונאית,
- כוח אדם רפואי – אחות ו/או רופא ילדים / משפחה,
- כוח אדם פסיכיאטרי – פסיכיאטר ילדים ו/או מבוגרים,
- כוח אדם טיפולי – עו"ס, מטפלים בהבעה ויצירה, פסיכולוגים.

2. במסגרת הטיפול נעשה שימוש במגוון אמצעי טיפול מקובלים, ובתוכם:

- טיפולים תזונתיים,
- טיפולים תרופתיים,
- טיפולים קבוצתיים,
- הדרכת הורים ו/ או טיפולים משפחתיים,
- טיפולים פרטניים.

3. במסגרת הטיפול נעשה שימוש במגוון טכניקות טיפוליות מקובלות, ובתוכם:

- טיפול קוגניטיבי התנהגותי.
- טיפול דיאלקטי התנהגותי.
- טיפול אינטר-פרסונלי.
- טיפולים פסיכודינמיים.
- טיפול מוטיבציוני.
- טיפולים בהבעה ויצירה.

4. במסגרת הטיפול מתקיימים נהלי עבודה מקובלים, ובתוכם:

- נוהל קבלת מטופל ואיסוף מידע רחב,
- נוהל לבניית תכנית טיפול מותאמת,
- מעקב רפואי רצוף,
- ישיבות צוות,

- הדרכות.
- קיום קשר עם גורמים בקהילה כולל גורמי רפואה, חינוך ורווחה, ע"פ הצורך, ובכפוף לחוקי הסודיות הרפואית.

6. המסגרת הטיפולית שומרת על כללי האתיקה המקצועית ובתוכם:

- על המסגרת הטיפול להעניק טיפול מיטבי למטופליה, מתוך שמירה על כבוד המטופל, שמירה על זכויותיו למידע ובחירה, שמירה על חיסיון המידע והימנעות מכל טכניקה טיפולית שיש בה משום פגיעה בכבודו או חירותו של המטופל, למעט באותם מקרים בהם הטיפול מיועד למנוע נזק מהמטופל ונעשה ע"פ חוק.

נספח מס' 2 - תנאים והגבלות:

1. יש להדגיש כי מטופל העומד בקריטריונים המפורטים לכל מסגרת, זכאי לקבל מהמבטח טיפול במסגרת העומדת בתנאי הסף שמפורטים בנספח מס' 1.
2. הפניית המטופל לטיפולים המפורטים למעלה, שלא במסגרת מרפאה רב מקצועית, אינו נחשב למילוי של תנאי הזכאות.
3. החל מקבלתו של המטופל למסגרת הטיפול, הטיפול יימשך עד השלמת תנאי הזכאות המפורטים, בלא תלות בשינויים במצבו, ובלבד שפסיכיאטר המרפאה לא קבע כי אין למטופל צורך בטיפול נוסף או שלחילופין, עליו להיות מופנה למסגרת טיפולית אחרת.
4. במקרה כזה – תהיה המסגרת אחראית להמשך מעקב על מצבו עד לקבלתו לטיפול ע"י המסגרת אליה הופנה.
5. המסגרת תהיה פטורה מהמשך טיפול באם המטופל מסרב להמשיך לקבל את הטיפול או ששיתוף הפעולה עם המלצות המטפלים או השתתפות בטיפולים השונים יהיה חלקי בלבד.

פרק ה' – גורמי טיפול ומסגרות נוספות המיועדים להפרעות אכילה בישראל.

1. מחקר, חינוך ומניעה.

מטרות:

1. מחקר לזיהוי גורמי סיכון, אוכלוסיות סיכון, מניעה וטיפול.
2. הכללת החינוך לאורך חיים בריא בתוכנית הלימודים כחובה, חינוך להתמודדות עם הצפה תקשורתית ופיתוח גורמי חוסן אישי וחברתי.
3. הפעלת תכניות מניעה לאוכלוסייה הכללית להפרעות אכילה, המבוססות על התערבות בגיל חטיבת הביניים, לבני נוער ולמשפחות, בנושאים של דימוי עצמי, יחסים בין-אישיים, התמודדות עם מצבי לחץ, ביקורת נבונה על מסרים בתקשורת והעצמה אישית.
4. הפעלת כללי פיקוח לאוכלוסיות סיכון כגון רקדניות, מתעמלות.
5. הפעלת חקיקה מתקדמת לשינוי אקלימי כגון: חוק הדוגמניות, פרסום מוצרי מזון לקטינים ועוד.

אוכלוסיית היעד:

1. כלל האוכלוסייה.
2. אוכלוסיות סיכון.

גורמי טיפול:

1. כנסת ישראל.
2. משרד החינוך.
3. משרד הבריאות.
4. משרד העבודה והרווחה.
5. מורים.
6. יועצות.
7. פסיכולוגים חינוכיים.
8. רופאי משפחה, רופאי מתבגרים וילדים.

דרכי טיפול:

1. הכנת תכניות לימוד לגילאים השונים.
2. הפעלת תכניות מניעה ייחודיות בקרב תלמידי חטיבות הביניים והוריהם.
3. הפעלת תכניות מניעה ייחודיות בקרב אוכלוסיות סיכון.
4. מעקב סדיר אחרי מדדי גדילה (משקל, גובה, BMI) בביקורים אצל הרופא.
5. חקיקה.
6. קיום הכשרות לצוותים חינוכיים ורפואיים בנושא מניעה של הפרעות אכילה.

2. זיהוי מוקדם ומניעה שניונית.

אוכלוסיית היעד:

1. בני נוער / תלמידים במוסדות החינוך, ילדי פנימיות.
2. תלמידות מחול / בתי ספר לאמנויות.
3. מתעמלות וספורטאים במקצועות תחרותיים.

גורמי טיפול:

1. רופאי ילדים ומתבגרים, חפאי משפחה.
2. מרפאות מתבגרים ייעודיות.
3. אחיות בקהילה.
4. תזונאיות קליניות.
5. יועצות בבתי ספר.
6. מטפלים: פסיכולוגים, מטפלים בהבעה ויצירה, עובדים סוציאליים, מטפלים משפחתיים.

דרכי טיפול:

1. זיהוי הפרעות אכילה בשלבים מוקדמים במרפאה הראשונית.
2. זיהוי הפרעות אכילה בשלבים מוקדמים במוסדות חינוך, ובאוכלוסיות סיכון.
3. מתן הדרכה פרטנית להורים במרפאה הראשונית.
4. מתן הדרכות קבוצתיות להורים.
5. מעקב רפואי.
6. יעוץ תזונתי פרטני.
7. טיפול רגשי פרטני ומשפחתי.
8. הפנייה, בהתאם לצורך, למרפאות רב מקצועיות.
9. קיום הכשרות לצוותים חינוכיים ורפואיים בנושא איתור וזיהוי של הפרעות אכילה.

העמותה מעריכה כי **60%** מכלל הסובלים מהפרעות אכילה בישראל, בני נוער ומבוגרים, לא יופנו למסגרות טיפול מקצועיות בהפרעות אכילה, בגין:

סירוב לקבל טיפול,

כישלון של גורמי הטיפול המפורטים למעלה באיתור,

הצלחה של גורמי הטיפול הללו לטפל בהם בשלבים המוקדמים של הפרעה כך שאין צורך בהפניה למסגרות טיפול מקצועיות.

העמותה הישראלית לטיפול בהפרעות אכילה מדגישה כי הרחבה והעמקה של זיהוי ומניעה שניונית ע"י גורמי טיפול ראשוניים בקהילה תביא להפחתת תחלואה וממילא להפחתת עלויות.

3. מסגרות שיקום ומניעה שלישונית.

מטרות:

6. שיקום בני נוער ומבוגרים הסובלים מהפרעות אכילה קשות, הנמצאים בהפוגה חלקית מההפרעה וזקוקים לליווי ומעקב.
7. צמצום של התלקחויות חוזרות בבני נוער ומבוגרים הסובלים מהפרעות אכילה ממושכות.
8. שיקום יכולת תפקוד והשתלבות חברתית בבני נוער ומבוגרים הסובלים מהפרעות אכילה ממושכות.

בתים שיקומיים לנערות הסובלות מהפרעות אכילה.

אוכלוסיית היעד:

- נערות ונשים צעירות הסובלות מהפרעות אכילה:
1. לאחר אשפוז במחלקות לטיפול בהפרעות אכילה, ו/או במהלך טיפול מרפאתי, אשר נמצאות בשלבי החלמה שונים ובעלות מוטיבציה לשיקום.
 2. אשר מתקשות ביצירת מסגרת חיים נורמטיבית ועצמאית בקהילה בכוחות עצמן, וזקוקות לתמיכה ולליווי מקצועי בעת הלמידה מחדש של כישורי חיים וההשתלבות החברתית והתעסוקתית.

גורמי טיפול:

10. פסיכיאטר.
11. רופאי מתבגרים / משפחה.
12. תזונאית קלינית.
13. פסיכולוגים.
14. עובדים סוציאליים.
15. מטפלים בהבעה ויצירה.
16. אחיות.
17. עובדי שיקום.
18. מדריכים.

דרכי טיפול:

9. בית המאפשר קיום סדר יום נורמטיבי, השגחה ונוכחות של מדריכים.
10. העמותה ממליצה כי בית שיקומי יהיה מוגבל ל – 15 מטופלים / מטופלות.
11. הפעלת תכניות שיקום אישיות, כולל השתלבות בעבודה מוגנת / חופשית, השלמת לימודים, השתלבות במסגרות חברתיות.
12. מעקב פסיכיאטרי.
13. טיפול תרופתי.
14. מעקב גופני.
15. טיפול קבוצתי.

העמותה הישראלית לטיפול בהפרעות אכילה מדגישה כי תוספת וחיזוק מסגרות שיקום בקהילה, יביאו לשיפור בשירות הניתן למטופלים וגם, להפחתת עלויות בשל הפחתת אשפוזים חוזרים.

16. מסגרות רפואיות כלליות המטפלות בבני נוער ומבוגרים הסובלים מהפרעות אכילה.

העמותה מעריכה כי 1% מכלל בני הנוער והמבוגרים הסובלים מהפרעות אכילה יופנו במהלך ההפרעה למסגרות רפואיות כלליות בגין תחלואה נלוות גופנית / נפשית הקשורה בהפרעת האכילה.

א. מחלקות אשפוז פסיכיאטרי כללי לנוער ולמבוגרים.

אוכלוסיית היעד: מטופלים הסובלים מהפרעות אכילה אשר סובלים מהפרעות נלוות קשות – דיכאון, הפרעה כפייתית, הפרעות אישיות, אובדנות, פגיעה עצמית, סימפטומים פסיכויטיים.

גורמי טיפול:

1. פסיכיאטרים לילדים, למתבגרים ולמבוגרים.
2. תזונאיות.
3. עובדים סוציאליים.
4. פסיכולוגים.
5. מטפלים בהבעה ויצירה.
6. אחיות.
7. מורים.

דרכי טיפול:

1. מחלקה המאפשרת טיפול מלא, השגחה רציפה על הארוחות ועל הפעילות, גמישות בתכניות טיפול אישיות.
2. מעקב פסיכיאטרי.
3. טיפול תרופתי.
4. מעקב גופני.
5. טיפול משפחתי.
6. טיפול קבוצתי לבני נוער, מבוגרים והורים.
7. טיפול פרטני.
8. שימוש בשיטות טיפול מוכרות – טיפול פסיכודינמי, CBT, DBT, IPT, טיפול מוטיבציוני...
9. יכולת מתן סביבה חינוכית ולמידה בהתאם לגיל ולצרכי המטופלים.

ב. מחלקות אשפוז ילדים ופנימיות / טיפול נמרץ.

מטרת האשפוז היא ייצוב המצב הגופני ותחילת שיקום תזונתי כך שניתן יהיה להעביר את המטופל למסגרות טיפול ייעודיות (תוך אשפוז או בקהילה).

אוכלוסיית היעד: מטופלים הסובלים מהפרעות אכילה, אשר להם אחד או יותר מהנ"ל:

1. מצבם הגופני עלול לסכן את חייהם.
2. ערכי חום גוף, חזק, לחץ דם, גלוקוז נמוכים ומסוכנים.
3. התייבשות ושינויים במאזן המלחים.
4. תפקוד לבבי, כלייתי, כבדי פגועים.